

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N.
—

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 24 avril 1907, à 1 heure

PAR

Edouard BARTHAS

Né à Mazamet, le 24 février 1880

Chef de Clinique adjoint à l'Institution Nationale des Sourds-Muets

RAPPORTS DE LA TUBERCULOSE LARYNGÉE

ET

DE LA GROSSESSE

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : { MM. SEGOND, professeur.
LEGUEU et LEPAGE, agrégés.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

—
1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Boyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.	P. FOIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Parasitologie. Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Operations et appareils	N.....
Pharmacologie et matière médicale.	SEGOND
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT
Médecine légale.	CHARENTESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.	DEJERINE.
Clinique médicale.	ROGER.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.	TERRIER.
	BERGER.
	RECLUS.
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	N.....
Clinique gynécologique	PINARD.
Clinique chirurgicale infantile	POZZI.
Clinique thérapeutique	KIRMISSON.
	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRE	LEPAGE	RIEFFEL (chef
BALTHAZARD	DUVAL	MACAIGNE	des trav. anat.)
BRANCA	FAURE	MAILLARD	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MARION	THIROLOIX
BRINDEAU	GOUGET	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA (Ancré)	JEANSELME	MERY	WALLICH
CARNOT	LABBE	MORESTIN	
CLAUDE	LANGLOIS	POTOCKI	
CUNEO	LAUNOIS	PROUST	
DEMELIN	LEGRY	RENON	
DESGREZ	LEGUEU	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ CASTEX

CHARGÉ DU COURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE LA CLINIQUE A L'INSTITUTION NATIONALE

DES SOURDS-MUETS

AVANT-PROPOS

Nous sommes heureux que ce modeste travail, terme officiel de nos études médicales, nous donne l'occasion de témoigner notre reconnaissance aux maîtres dont nous reçûmes l'enseignement.

De nos premiers maîtres de Toulouse nous avons conservé un excellent souvenir ; au professeur agrégé BAUBY, en particulier, nous gardons une reconnaissance émue pour ses leçons et la bonté qu'il nous témoigna.

A Paris, l'hommage de notre admiration et de notre gratitude va d'abord à M. le professeur PINARD qui nous fait, aujourd'hui, le grand honneur de présider notre thèse.

La vie et la clarté de son enseignement ont fait de l'étude des accouchements une tâche qui nous fut toujours agréable et dans les passionnantes questions d'éducation et d'hygiène sociales sa généreuse conviction entraîna toujours la nôtre. Nous ne l'oublierons pas.

Que M. le D^r CASTEX reçoive ici nos remerciements sincères.

Il nous a inspiré le sujet de ce travail et nous en a fourni les plus nombreux matériaux.

Nous lui sommes, en outre, infiniment reconnaissant de l'accueil si cordial qu'il nous a fait à la clinique des Sourds-Muets, des conseils précieux qui nous ont guidé et de la confiance qu'il nous a témoignée en nous confiant les fonctions de chef de clinique-adjoint.

En même temps, nous remercions MM. les D^{rs} GROSSARD et MALHERBE, chirurgiens adjoints des « Sourds-Muets », M. JOUËT, chef de clinique et notre collègue le D^r CAUZARD pour la bienveillance qu'ils ont mise à guider nos débuts en otologie.

M. le professeur CHARRIN a bien voulu mettre à notre disposition trois observations ; son interne M. LÉVY-FRANCKEL nous en a fourni les détails avec une parfaite bonne grâce. Nous les remercions bien vivement.

Nous devons enfin adresser nos meilleurs remerciements à M^{lle} THÉRÈSE LANDRIEU, externe des hôpitaux, qui s'est mise aimablement à notre disposition pour les traductions allemandes.

INTRODUCTION

Il est un fait d'observation, sinon banal du moins courant, que la tuberculose du larynx et la grossesse peuvent évoluer de concert l'une précédant l'autre, ou s'établissant à sa suite. Est-ce là une simple coïncidence ? Cette localisation de l'infection bacillaire pendant la gestation admet-elle simplement l'étiologie applicable aux localisations laryngées chez l'homme ou chez la femme non enceinte, ou bien est-il possible de donner de cette coexistence une raison permanente ?

Dans la question des rapports réciproques de la grossesse et de la tuberculose du larynx il nous semble logique de voir un nouvel exemple venant s'ajouter à la série de faits déjà anciens qui ont établi une relation entre les organes génitaux et le larynx.

Tout le monde sait que le timbre de la voix change au moment de la puberté, c'est-à-dire à l'époque du développement des organes génitaux. On connaît les effets que produit l'émasculation sur la voix de l'homme. L'ablation des testicules pratiquée chez l'en-

fant ou leur arrêt de développement détermine dans le développement du larynx un arrêt qui se traduit par la voix dite « eunuchoïde ».

Chez la femme cette sympathie entre le larynx et les organes génitaux est toute aussi évidente, mais les manifestations en sont plus variées.

Bien qu'il soit permis de les supposer on n'a pas encore mis en évidence leurs relations anatomiques et la communication par la moelle épinière reste encore une hypothèse. Au contraire ces rapports s'affirment au point de vue physiologique.

L'absence des ovaires ou leur ablation précoce influe-t-elle sur le développement du larynx ? Ce côté de la question ne nous est pas connu. Mais à propos de l'ovariotomie chez l'adulte, Moure rapporte deux observations intéressantes. Chez les deux femmes la voix, après l'opération, était devenue plus grave et plus forte et dans un des cas avait passé du soprano au mezzo grave.

Les troubles du larynx consécutifs aux troubles génitaux ont été fréquemment signalés. Au Congrès de médecine de Londres de 1881, Bayer communiquait le cas d'une femme aphone qui recouvra la voix après qu'on eut redressé son utérus fléchi. Une autre souffrait d'une toux incoercible contre laquelle tous les remèdes avaient été vains. Elle disparut par la guérison d'une métrite concomitante, et le redressement d'une antéversion. La toux recommençait dès que le pessaire était enlevé pour disparaître avec sa mise en place.

Les relations des affections laryngées avec la mens-

truation ont été aussi souvent constatées. Bayer connaissait une chanteuse d'opéra qui, au moment des règles, présentait une inflammation de la muqueuse laryngée et des cordes vocales pouvant faire supposer une grave affection et qui disparaissait en deux ou trois jours.

Une jeune fille était atteinte de tuberculose laryngée et pulmonaire. A chaque époque menstruelle le larynx était le siège d'œdèmes menaçants pour la vie de la malade mais disparaissant au bout de quelques jours sous l'influence d'un traitement anti-phlogistique, (Bayer).

Castex a observé plusieurs fois des femmes enceintes présentant de l'enrouement et une congestion du larynx. Tout rentrait dans l'ordre après l'accouchement.

D'après Lohnberg la grossesse détermine l'anémie réflexe de la muqueuse laryngée à la faveur de laquelle s'installerait la bacillose.

Donc le larynx subit l'influence des organes génitaux. Cette influence ne semble pas être réciproque car on n'a pas signalé qu'un phénomène laryngé quelconque ait une répercussion sur l'utérus ou ses annexes.

A la suite de ces nombreux exemples, il est logique de faire entrer celui de la tuberculose du larynx et de la grossesse dans la série des correspondances génito-laryngées dont il est une des manifestations les plus intéressantes.

HISTORIQUE

Tandis que l'influence de la grossesse sur la tuberculose pulmonaire a fait l'objet de nombreux travaux, il n'existe sur les rapports de la grossesse et de la tuberculose laryngée que des études très clairsemées.

Peut-on expliquer cette indigence par la rareté des cas d'évolution concomitante de la bacillose du larynx et de la gestation ?

Il est bien certain que la femme tuberculeuse est plus rarement enceinte que la femme saine ; d'autre part la tuberculose laryngée est moins fréquente chez la femme que chez l'homme. (Les statistiques de Morrel-Mackenzie et de Schmidt donnent une moyenne de deux femmes pour trois hommes.)

Mais si cette double raison diminue le nombre des cas, elle est loin d'en faire des exceptions. Nous croyons, au contraire, qu'ils ne sont pas rares ; ils manquent seulement d'être recueillis.

Cependant, dans ces dernières années, quelques travaux ont été entrepris qui commencent à constituer une

base suffisante à l'énoncé de conclusions très importantes. Presque tous ont été faits par des laryngologistes allemands.

A défaut d'ouvrages de longue haleine nous y trouvons des statistiques et d'assez fréquentes communications aux sociétés savantes.

C'est en 1901, au Congrès des naturalistes allemands tenu à Hambourg, que Küttner appela l'attention des laryngologistes sur la question de la tuberculose du larynx au cours de la grossesse et les invita à publier leurs observations.

Sa communication n'avait pas la prétention d'apporter un fait d'observation jusque-là inconnu. Il existait, en effet, dans la littérature médicale sept cas se rapportant à la question : ceux d'Opie, de Dumont-Leloir de Rémy et de Przedborski. Mais ce n'étaient que des faits simplement signalés et les auteurs n'avaient pas cherché à en tirer des conclusions générales.

Par le rapport détaillé des quinze observations qu'il apportait au Congrès Küttner inaugurait une série de recherches et donnait à la question de la grossesse et de la tuberculose du larynx toute l'importance qu'elle mérite.

L'appel de Küttner à ses confrères fut aussitôt écouté. Dans la même année Veis et Freytag publièrent leurs observations. En 1902 au Congrès de gynécologie et d'obstétrique tenu à Rome de vives discussions s'établirent à propos de l'utilité de l'interruption thérapeutique de la grossesse chez les tuberculeuses. En 1903 Godseken publia quarante-six observations ;

A. Lewy, trois ; Fellner, dix-huit ; Löhnberg, sept. Seifert communiqua aussi l'histoire de plusieurs malades.

En 1904, Kertz et Sokolowsky apportèrent chacun deux observations.

En 1905, à la Société allemande de laryngologie réunie au congrès de Heidelberg, Kuttner, en dehors de deux cas publiés par Nikitin, ajouta encore trois cas personnels et huit cas communiqués par différents laryngologistes. Ce sont les observations de B. Frankel, A. Alexander, Grosskopf, Landgraf, Meyer, Rosenberg, Scheyer et Schötz.

La même année Bollenhagen fit une communication à la Société médicale de Würzburg. En 1906 l'accoucheur Von Rosthorn présenta une étude qui portait sur vingt-cinq cas de tuberculose dont plusieurs à localisation laryngée.

En France la seule communication dont nous ayons eu connaissance a été faite au Congrès de la Tuberculose de 1905 par MM. Charrin et Déherain.

Enfin en 1906, dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, E. Félix, de Bucharest, donnait l'histoire de deux malades.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir réuni toutes les observations parues dans la littérature médicale et il est possible que plusieurs publications intéressant notre sujet nous aient échappé. Cependant, tel qu'il vient d'être esquissé, l'historique de la question de la tuberculose laryngée et de la grossesse nous paraît à peu près complet.

Il y avait, en effet, moins de chances d'oubli ou

d'omission sur des recherches dont le début remonte à six années à peine et dont la plupart des auteurs sont Allemands.

Nous avons été frappés par l'absence de toute publication française sur cette question lorsque notre maître le Dr Castex nous conseilla d'en faire le sujet de notre thèse. En même temps il nous facilitait notre tâche en mettant à notre disposition huit observations de sa pratique. L'obligeance de M. le professeur Charrin nous permit d'en ajouter trois autres. La douzième nous a été fournie par les registres de la clinique Baudelocque. Enfin il nous a paru utile d'en tirer deux de la thèse de M. Faivre Thomas *Tuberculose et Puerpéralité*. Celles-ci, en effet, considérées dans cet ouvrage dans leurs rapports avec la tuberculose pulmonaire, restaient inédites au point de vue de la tuberculose laryngée.

Bien que toutes ces observations ne soient pas absolument complètes et qu'une enquête personnelle ne nous ait pas permis d'en combler toutes les lacunes, leur enseignement nous a semblé fécond en considérations intéressantes. Nous les exposerons après celles des auteurs allemands. Les travaux de ces derniers, en effet, méritent mieux qu'une sèche énumération et la première partie de notre thèse leur sera consacrée.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

C'est en 1901 au Congrès de Hambourg que Küttner communiqua les quinze premières observations scientifiquement étudiées de tuberculose laryngée chez la femme enceinte.

Le point de départ de ses recherches avait été un cas malheureux de sa clientèle privée : une jeune femme atteinte de laryngite tuberculeuse devint enceinte ; Küttner demanda à un gynécologue de Berlin de pratiquer l'expulsion du fœtus. Considérant que la laryngite bacillaire n'était pas une indication à l'avortement le chirurgien refusa l'intervention. La femme mourut pendant sa grossesse.

Depuis cette époque, il lui fut possible de réunir les quinze cas de sa communication dont huit étaient inédits.

Dans douze de ces cas le début de la tuberculose laryngée eut lieu dans la première moitié de la gestation, deux fois au cours du sixième mois ; une fois trois mois avant la conception.

Chez trois malades des lésions pulmonaires existaient avant la grossesse ; chez les douze autres les lésions pulmonaires étaient à peine perceptibles.

Primipares et multipares furent atteintes dans une proportion à peu près identique.

Chez deux femmes guéries depuis trois ans l'une d'une lésion légère du sommet, l'autre d'une bacillose étendue du larynx de nouvelles lésions apparurent après le début d'une grossesse.

Tous les enfants naquirent vivants mais avant terme : sept au neuvième mois ; cinq au huitième ; trois au septième.

Huit enfants moururent après la naissance ou quelques mois après ; trois vivaient encore à 7 mois, 2 ans et 15 ans. Sur les quatre autres les renseignements manquaient.

Les quinze mères sont mortes quelques jours après l'accouchement, au plus tard cinquante jours après.

Après Küttner, Godseken publia quarante-six observations. Dans trente cinq de ces cas on n'eut recours qu'au traitement endo-laryngé :

Trois fois le traitement prit fin pendant la grossesse et l'on n'eut plus de nouvelles de ces malades :

Une fois l'état des lésions resta stationnaire ;

Trois femmes sont mortes pendant la grossesse sans aboutir à l'accouchement.

Vingt femmes moururent après l'accouchement ou l'avortement à la suite de tuberculose du larynx.

Des huit femmes qui restaient deux moururent de un an et demi à cinq ans après l'accouchement ; une se portait très mal une année après ; une quitta l'hôpital en bonne santé quelques semaines après l'accouchement ; une autre, cinq semaines après, ne présentait pas d'aggravation de ses lésions laryngées. Trois étaient en bon état six mois, neuf mois et un an après l'accouchement.

Dans deux cas, la laryngite bacillaire se présenta sous forme de tumeur tuberculeuse. Elle fut chaque fois opérée. L'une de ces malades quitta l'hôpital au huitième mois de sa grossesse avec un larynx normal, l'autre accoucha dans de bonnes conditions et un an après n'avait pas eu de récédive.

Les onze cas dans lesquels on eut recours à une opération extra-laryngée se sont distribués ainsi :

Huit trachéotomies exigées par une sténose du larynx menaçant la vie de la malade. Trois femmes moururent immédiatement après la délivrance ; deux eurent un accouchement normal et des suites satisfaisantes deux moururent un an et demi et deux ans après l'accouchement ; une était vivante huit ans après.

Trois fois on eut recours à la laryngo-fissure. L'une des femmes put quitter l'hôpital en bon état pouvant respirer sans canule. Des deux autres laryngotomies, l'une a été complétée par la pharyngotomie sous-hyoïdienne. Les deux cas étaient d'une gravité extrême.

L'une des malades survécut un an et demi à l'accouchement, l'autre mourut quelques jours après.

A propos du sort des enfants, dix étaient bien portants, trois moururent à quatre mois ; un succomba le jour de sa naissance.

Le sort des autres ne fut pas connu.

Dans les trois observations de M. A. Lewy, les trois femmes moururent deux semaines après l'accouchement. Deux des enfants sont morts, l'un à cinq semaines, l'autre à deux mois et demi. On n'eut pas de renseignements sur le sort du troisième.

Le cas de J. Veis concernait une femme qui avait souffert de tuberculose laryngée avant son mariage. Elle accoucha spontanément au huitième mois d'un enfant bien portant et mourut un mois après.

Dans le cas de Freytag, l'accouchement se fit normalement. L'enfant était bien portant.

Lölnberg observa cinq cas de tuberculose primitive du larynx greffée, pendant la grossesse, sur une affection catarrhale antérieure. Chez l'une des femmes, la tuberculose avait débuté trois mois avant la conception ; chez les autres au deuxième, sixième et neuvième mois de la grossesse.

La malade de Seifert était presque guérie de sa tuberculose laryngée avant sa quatrième grossesse. Pendant celle-ci, elle fit une tuberculose pulmonaire et l'état du larynx empira. La malade et son enfant survécurent à l'accouchement.

Chez la femme observée par Henrici la tuberculose pulmonaire et laryngée avait débuté longtemps avant

la grossesse. La trachéotomie faite au huitième mois de la grossesse ne put sauver la vie de la malade, ni l'opération césarienne l'enfant.

O. Fellner rapporte l'histoire d'une femme enceinte au cinquième mois atteinte de bacillose du larynx qui quinze jours après, avorta et mourut.

Baratoux a vu une série de femmes enceintes avec laryngite bacillaire qui toutes périrent rapidement.

Lohnberg, dans un travail récent, rapporte l'histoire d'une malade à la cinquième grossesse. La tuberculose pulmonaire et laryngée s'était déclarée avant celle-ci. Au troisième mois on provoqua l'avortement artificiel. La mère mourut deux mois après l'intervention.

Eugène Félix, de Bucarest, dans un travail où il a réuni en tableaux de nombreuses observations allemandes qui nous ont été fort utiles, apporta en même temps deux observations personnelles.

Dans la première, il s'agit d'une femme de vingt-quatre ans atteinte de tuberculose pulmonaire avant sa grossesse. L'enrouement débuta au quatrième mois. Au huitième on constatait une infiltration de l'épiglotte et de la région intra-arythénoïdienne. Elle accoucha à terme d'un enfant chétif qui mourut à l'âge de 6 semaines.

La mère mourut dix jours après l'accouchement.

Chez la deuxième femme l'enrouement avait commencé au sixième mois.

L'épiglotte était infiltrée. Les poumons paraissaient indemnes. L'accouchement fut normal. L'enfant bien portant se développait bien deux mois après sa naissance. Chez la mère les lésions étaient stationnaires.

Il nous a paru nécessaire de présenter les observations précédentes dans leurs détails les plus importants. Un travail de classification nous permettra maintenant de dégager parmi les degrés de fréquence des faits quelques considérations générales.

Tout d'abord une constatation se dégage impérieusement des observations des auteurs allemands : la grossesse influence très fâcheusement la tuberculose du larynx et assombrit son pronostic de façon impressionnante.

Les statistiques accusent une mortalité maternelle extraordinairement élevée. Dans les quinze cas de Küttner les quinze femmes meurent. Des quarante-six femmes de Godseken, trente et une succombent.

Les trois malades de Lévy meurent ; les cinq cas de Lohnberg donnent cinq morts. La malade de Henrici meurt ; de même celle de Fellner.

Dans les 82 observations réunies par E. Félix on compte 63 fois la mort après l'accouchement ; 14 femmes sont restées vivantes. Sur deux femmes on n'eut pas de renseignements et trois autres quittèrent l'hôpital avant d'accoucher.

Les observations de Kuttner, Godseken, Lohnberg et Lévy donnent 57 morts sur 71 cas. C'est donc une mortalité de près de 80 0/0.

Certains auteurs ont désigné les primipares comme atteintes de préférence, d'autres les multipares. Dans la statistique de E. Félix nous trouvons 24 primipares ; 10 secondipares ; 4 femmes à la troisième grossesse ; 5 à la quatrième ; 4 à la cinquième ; 4 à la sixième ; 2 à la

septième; 1 à la huitième; 1 à la neuvième et 2 à la dixième.

Il ne semble donc pas que la primiparité ou la multiparité aient une influence sur l'apparition de la tuberculose laryngée.

Dans l'immense majorité des cas les malades présentent des lésions pulmonaires plus ou moins avancées. Cependant chez trois ou quatre femmes il ne fut pas possible de les découvrir et l'on peut admettre qu'au point de vue clinique du moins, la tuberculose laryngée était primitive.

A quelle époque remonte le début de l'affection? Il n'est pas toujours facile de faire une réponse précise.

Les premières lésions, en effet, atteignent des régions du larynx qui ne prennent aucune part active à la phonation et les symptômes qu'elles produisent gênent à peine la malade. L'enrouement est absent ou très léger, la douleur n'existe pas, et ce sont précisément les deux grands symptômes qui conduisent chez le médecin.

Les femmes portent peu d'attention à un mal dont elles ne souffrent pas et attendent la guérison de leur délivrance.

Donc, dans tous les cas où l'examen du larynx n'a pas été fait pendant la grossesse on admet comme début de l'affection le moment où la malade a ressenti les premiers symptômes laryngés.

Dans le tableau de E. Félix les débuts de la bacillose du larynx ont eut lieu : 17 fois avant la grossesse; 15 fois au commencement de celle-ci; 25 fois pendant la première moitié; 12 fois dans la seconde moitié. Onze

cas n'ont pas été précisés. Ajoutons que pour Neumayer il n'est pas rare de voir les premières manifestations de la tuberculose laryngée se produire seulement pendant le puerpérium. Nous voyons donc que la tuberculose du larynx s'installe pendant la grossesse plus souvent qu'elle ne la précède et que son début se fait généralement dans la première moitié.

A-t-on noté des antécédents héréditaires?

Dix fois la tuberculose existait chez les ascendants. Dix-neuf fois elle n'a pas été retrouvée. Dans cinquante-trois cas il n'en est pas question. Il n'est donc pas possible de tirer des conclusions sur ce sujet.

L'accouchement a été spontané : 22 fois à terme ; 7 fois au neuvième mois ; 10 fois au huitième ; 6 fois au septième ; 1 fois au sixième. L'avortement s'est produit une fois au cinquième et une fois au quatrième mois.

Sur 27 femmes on n'eut pas de renseignements. L'accouchement a été provoqué : deux fois au huitième mois ; une fois au septième.

Une fois l'on pratiqua l'avortement au troisième mois.

Quel a été le sort des enfants ? 28 sont morts ; 23 survécurent ; dans 28 cas, mention n'en fut pas faite.

La mortalité serait donc de 55 p. 0/0.

Comment évolue la tuberculose du larynx au cours de la gestation ?

Sa marche est habituellement progressive. Dans les premiers mois les progrès sont lents. Vers la fin de la grossesse l'évolution est rapide et la majorité des fem-

mes meurt après l'accouchement, épuisée par les couches.

Il est important de constater que généralement la grossesse arrive au terme ou près du terme sans accident.

Guérie avant la conception la tuberculose laryngée récidive habituellement.

Rosenberg cite le cas d'une jeune fille atteinte de bacillose d'un arythénoïde. Les lésions du poumon étaient légères. La malade cicatrise ses lésions par un séjour à Suderode. Elle se marie et à sa première grossesse se déclare une périchondrite qui amène la mort peu de temps après l'accouchement.

Il y a cependant d'heureuses exceptions à la règle des récidives, comme le prouvent les observations de Heryng et de Gleitsman. L'une concerne une femme devenue enceinte un an après la guérison de sa tuberculose laryngée. Après l'accouchement, tandis que sa tuberculose pulmonaire faisait des progrès, le larynx ne présenta aucune récidive. La malade mourut deux ans après. A l'autopsie on ne trouva dans le larynx que les cicatrices, vestiges de l'opération ancienne.

Dans l'observation de Gleitsman il s'agit d'une femme de 38 ans, guérie d'une tuberculose pharyngolaryngée. Quelques mois après elle devint enceinte et donna naissance à un enfant bien portant. Il n'y eut pas de récidive du côté du larynx ou du pharynx.

En résumé, il ressort de l'ensemble des cas précédents :

Que la grossesse exerce une influence le plus souvent néfaste sur la tuberculose du larynx.

Que la tuberculose du larynx le plus souvent laisse évoluer la grossesse sans accident.

Que la mortalité infantile, quoique moins élevée que la mortalité maternelle, est très considérable.

En face d'une situation aussi grave quelles sont les mesures que proposent les auteurs allemands ?

CHAPITRE II

Küttner, dans la conclusion de sa première communication énonce trois sortes de décision.

Chez les femmes dont l'état général est bon, instituer un simple traitement local.

Quand il existe des lésions avancées, faire le traitement local et se tenir prêt à la trachéotomie.

Si les lésions s'aggravent et s'étendent, pratiquer l'avortement.

Küttner n'hésite pas à prendre cette détermination héroïque qui lui est suggérée, dit-il, par les études de Kaminer sur la grossesse et la tuberculose pulmonaire.

Kaminer avait, en effet, pratiqué l'avortement chez 17 femmes. Chez 5 d'entre elles, la tuberculose continua à progresser malgré l'interruption de la grossesse et elles succombèrent toutes. Les 12 autres virent le mal s'arrêter.

Avec Kaminer, Küttner conclut que le médecin doit tenter chaque fois qu'il le croit nécessaire l'avortement qui peut amener un arrêt dans l'évolution de la mala-

die. Cette conduite lui semble d'autant plus logique que la tuberculose laryngée est presque toujours consécutive à la tuberculose pulmonaire qui, à elle seule, commande l'intervention.

Selon Küttner les chances de sauver la malade seront d'autant plus grandes que la grossesse sera interrompue à une époque plus précoce. A partir du septième mois, elles se trouveront considérablement diminuées. La résistance de la malade, dit-il, est d'autant plus grande qu'elle est plus loin du terme et dans les derniers mois l'avortement donne de mauvais résultats.

Dans cette voie de l'interruption thérapeutique de la grossesse Küttner fut aussitôt suivi par de nombreux médecins.

P. Ruge préconise l'avortement provoqué quand la tuberculose est au début, si on peut espérer la guérison de la mère. On doit y renoncer si la tuberculose est avancée. L'enfant, dit-il, mérite des égards quand le mal est grave ; on doit ménager la mère au détriment de l'enfant quand la tuberculose est au début.

Pour O. Fellner, au contraire, la gravité des lésions est la seule indication à l'intervention qui devra être faite dans les trois premiers mois.

La grossesse, pour Godesken, ne doit être interrompue que pendant les premiers mois, et seulement, si l'état général est satisfaisant et l'affection pulmonaire pas trop avancée. Si la tuberculose laryngée n'est pas de forme grave, mais progresse continuellement, il faut procéder à l'interruption de la grossesse.

Lévy partage cette opinion.

Aman distingue, au point de vue des indications à l'avortement, deux types de tuberculose laryngée : 1^o la tuberculose aiguë, localisée, survenue au cours de la grossesse et qui, au début, ne s'accompagne que de symptômes pulmonaires peu marqués ; 2^o la tuberculose existant déjà antérieurement à la grossesse, compliquée de lésions pulmonaires graves et qui, du fait de la grossesse, subit une aggravation rapide.

Dans les cas où l'on a affaire au premier type on peut, avant de recourir à l'avortement provoqué, essayer d'une thérapeutique locale énergique. Lorsqu'on se trouve, au contraire, en face du second type il ne faut pas hésiter un seul instant à interrompre la grossesse.

Attendre que l'enfant soit viable et pratiquer alors l'accouchement prématuré est une mauvaise pratique dont on n'a à attendre aucun bon résultat.

A la Société médicale de Würzburg, Bollenhagen présente deux fœtus provenant d'une femme chez qui il a pratiqué, à deux reprises, dans le cours de la même année, l'avortement pour tuberculose laryngée. Chaque fois l'indication de l'avortement avait été formellement posée par le professeur Seifert lui-même. Dans le cas présent le résultat a été des plus remarquables, dit-il. La femme jusque-là aphone recouvra la voix ; la fièvre tomba et l'état général s'améliora d'une façon frappante.

Suivant l'auteur qui traduit l'opinion de son maître Seifert, l'interruption est parfaitement justifiée dans le cas de grossesse survenant au cours d'une phthisie laryngée, mais il faut distinguer rigoureusement l'avorte-

ment provoqué, de l'accouchement prématuré provoqué distinction qui a une importance capitale quant aux conséquences qui résultent de l'une ou de l'autre intervention.

Dans le camp des accoucheurs les idées sont diamétralement opposées au sujet de l'interruption thérapeutique de la grossesse et le côté des non-interventionnistes est surtout composé de Français.

Cependant E. Bonnaire qui refuse l'avortement provoqué dans la tuberculose pulmonaire l'admet pour la tuberculose laryngée.

Queirel est partisan de l'avortement si le diagnostic de tuberculose s'impose au début de la grossesse. C'est le seul moyen, dit-il, de supprimer les efforts congestifs au début du travail et la fatigue des derniers mois.

Schauta (de Vienne) est un partisan convaincu de l'interruption de la grossesse. Il pense que chez les femmes atteintes de tuberculose du larynx il n'y a aucun avantage à attendre de l'accouchement prématuré en faveur de la mère, tandis qu'il peut être utile de provoquer l'avortement au début de la grossesse.

Dans les cas désespérés de tuberculose l'accouchement provoqué est indiqué dans l'intérêt du fœtus dès qu'il est viable.

Schauta provoque l'avortement de préférence dans les premiers mois de la grossesse.

C'est au Congrès d'obstétrique et de gynécologie de Rome de 1902 que Schauta exposa ses opinions et sa conduite. La voix autorisée du professeur Pinard lui répondit : Notre maître se déclarait nettement hostile

à toute interruption de la grossesse chez une femme atteinte de tuberculose.

« Existe-t-il un fait, disait-il, qui démontre d'une façon nette que l'expulsion prématurée du produit de conception ait retardé l'évolution de la maladie et la terminaison fatale ? Je n'en connais pas. »

Budin désapprouve l'avortement. « Jamais dit-il, on ne tentera l'avortement. Il est regrettable que des accoucheurs l'aient conseillé. »

Parmi les médecins Rénon est aussi partisan de laisser évoluer la grossesse en soutenant la mère par tous les moyens.

L'opposition est donc complète entre les deux camps. Quels sont leurs arguments respectifs ?

Il est légitime, disent les interventionnistes, d'interrompre la grossesse quand une maladie produite ou aggravée par elle menace la vie de la femme. La tuberculose laryngée peut être classée parmi les plus néfastes.

L'avortement, d'ailleurs, est souvent spontané et démontre bien l'intérêt pour le terrain maternel à se débarrasser d'un fruit nuisible. En outre, ce n'est pas grand dommage de supprimer un être voué souvent à la mort prochaine ou à une vie misérable du fait de son organisme appauvri, de son terrain tout préparé pour la culture des germes morbides.

Enfin disent-ils, des expériences démontrent que l'avortement provoqué a souvent été la seule chance de salut pour la mère.

Les abstentionnistes répliquent que s'il est légitime d'interrompre une grossesse qui produit ou aggrave

une maladie menaçante pour la vie de la mère, il faut que cette intervention détermine la guérison ou, du moins, l'amélioration de celle-ci. Or, ils n'ont point observé que la mère ait eu un bénéfice à être délivré de son produit de conception.

Quant à l'avortement spontané, il prouve seulement que la tuberculose laryngée continue à évoluer malgré lui et après lui.

Pour les enfants nés dans ces conditions, ils ne sont pas tous voués à la mort, ni à la maladie. Une bonne hygiène peut les préserver de l'infection et en faire des individus normaux et valides.

Si l'interruption thérapeutique de la grossesse a été considérée comme la mesure la plus efficace contre la tuberculose laryngée, d'autres moyens ont été aussi utilisés. C'est ainsi que souvent on a eu recours à la trachéotomie et même à la thyrotomie.

« Préconisée par Trousseau et Belloc en 1837, nous dit E. Félix, pour faciliter la respiration dans la phthisie laryngée, la trachéotomie fut considérée comme un moyen de guérison, en 1868, par Bryant qui la recommanda pour immobiliser le larynx. La trachéotomie exécutée à temps, avant que l'état du larynx soit désespéré, est un moyen curatif. Elle n'est appelée qu'à empêcher l'asphyxie quand la sténose est très avancée, surtout pendant l'accouchement.

Morrel Mackenzie ne la recommande pas comme un moyen curatif dans la tuberculose laryngée.

Schmidt donne comme indications de la trachéotomie : 1° la sténose laryngée en tous cas ; 2° les

affections graves laryngées quand le poumon est peu lésé, même sans sténose laryngée ; 3^o quand l'affection laryngée progresse très vite, avant qu'il existe de la dyspnée ; 4^o quand il y a de la dysphagie il faut, si possible, exécuter la trachéotomie avant que celle-ci fasse son apparition.

D'après O. Chiari la trachéotomie précoce a une influence salubre non seulement sur le larynx, mais aussi sur la tuberculose pulmonaire elle-même.

La trachéotomie a été exécutée avant l'accouchement dans quatre des observations de Küttner, une fois au septième, deux fois au huitième, une fois au neuvième mois de la grossesse. Les mères sont mortes dans tous les cas. Deux enfants vécurent. On avait procédé à la trachéotomie à cause de la dyspnée et de l'asphyxie.

Dans la huitième observation de Godseken, la malade fut trachéotomisée au huitième mois à cause de l'asphyxie. L'accouchement se fit aux forceps. La femme était encore en vie huit ans après.

Dans la dixième observation, la trachéotomie exécutée au huitième mois de la grossesse, conserve la vie à la femme encore dix-neuf mois, tandis que l'enfant succombe bientôt.

Dans la onzième, la trachéotomie faite au septième mois donna un résultat favorable, car la malade put quitter l'hôpital assez bien portante.

La femme de l'observation 37 subit la trachéotomie au sixième mois de sa grossesse et survécut deux ans à l'opération. L'enfant est mort à l'âge de quatre mois.

Les autres cas (observat. 12, 13, 40, 45) du même au-

teur, où la trachéotomie fut pratiquée au cinquième, sixième, huitième et neuvième mois, à cause de l'asphyxie et des lésions étendues du larynx donnent les résultats suivants : l'une des mères est bien portante ; les trois autres sont mortes de quelques jours à trois semaines après l'accouchement.

Lœhnberg cite un cas de Türk où la mère est morte huit jours après la trachéotomie exécutée au septième mois de la grossesse.

Chez une malade de Henrici la trachéotomie fut faite au huitième mois de la grossesse à cause de la dyspnée. On fut forcé de recourir, un mois plus tard à l'opération césarienne, à cause d'une hémoptysie abondante. La mère et l'enfant sont morts bientôt après.

Le résultat obtenu par la trachéotomie serait certainement plus favorable si on n'avait recours à l'opération qu'avant l'asphyxie menaçante et de préférence dans les premiers mois de la gestation.

La thyrotomie a été recommandée aussi dans la tuberculose laryngée. Schøtter la conseille aussitôt qu'il existe un obstacle permanent à la respiration, sans la différer jusqu'à ce que l'asphyxie menace l'existence de la malade.

D'après Peniazek la laryngofissure est indiquée dans les cas où il n'y a pas de fièvre et quand l'affection pulmonaire est peu prononcée, même s'il n'existe pas la possibilité d'enlever tous les foyers tuberculeux du larynx, mais quand ceux-ci se sont développés lentement et que la sténose est due plutôt à l'infiltration profonde qu'à la tuméfaction du larynx.

Dans l'observation 14 de Godseken, la laryngofissure a été exécutée quinze jours après la trachéotomie, à cause de la dyspnée et de la dysphagie, au cinquième mois de la grossesse. Dix-huit jours après la femme quittait l'hôpital en bon état.

Goris guérit une tuberculose laryngée au début, par la thyrotomie, mais perdit quatre malades avec tuberculose plus avancée qui avaient subi la même opération.

Nous voyons donc que les auteurs allemands, dans les cas de tuberculose du larynx chez la femme enceinte, usent fréquemment des opérations extra-laryngées. Mais ils n'appliquent cette mesure avec l'espoir d'un bon résultat que dans les cas de lésions moyennes ou commençantes.

La mort de la mère ou de l'enfant, disent-ils, serait souvent évitée par une trachéotomie faite d'après des indications un peu plus libérales.

Dans sa communication à la Société médicale de Munich, Neumayer disait : Il n'est pas contestable que la trachéotomie rende souvent de grands services ; les douleurs s'amendent ou disparaissent, les lésions tuberculeuses s'améliorent et parfois même on les voit marcher vers la guérison sans autre traitement. Mais lorsqu'il s'agit de tuberculose laryngée compliquée de grossesse la trachéotomie à elle seule est le plus souvent impuissante à enrayer le mal. Pour sauver la femme il est de toute nécessité de recourir à l'accouchement prématuré ou à l'avortement provoqué. Ce n'est guère que lorsque les lésions sont encore tout à fait à

leur début et les poumons indemnes qu'on peut se borner à améliorer le pronostic en se bornant à instituer une thérapeutique locale intensive.

Nous venons d'exposer de nombreuses observations des auteurs qui se sont occupés de la question de la tuberculose laryngée au cours de la grossesse. Nous avons énuméré leurs opinions, exposé leurs diverses lignes de conduite.

Dans la deuxième partie de notre travail nous allons maintenant présenter nos propres observations et en faire l'étude comparativement aux précédentes.

Dans un dernier chapitre nous développerons les conclusions auxquelles ce travail d'ensemble nous aura conduit.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE III

Nous avons déjà dit que les huit premières observations nous avaient été fournies par M. le D^r Castex. Les observations IX et X viennent du service de M. le D^r Charrin à la Maternité.

Nous-mêmes avons pris dans le même service la onzième observation. Nous avons recueilli la douzième dans les registres de la clinique Baudelocque. Enfin la treizième et la quatorzième ont été tirées de la thèse de M. Faivre-Thomas.

Observation I

M^{me} C..., 24 ans.

Vient à la clinique laryngologique de la Faculté le 3 décembre 1902. Elle souffre depuis un an d'une bronchite et a eu plusieurs hémoptysies.

En septembre dernier elle eut un refroidissement. Quelques jours après elle ressentit un mal de gorge ; puis survinrent de très fortes douleurs dans les deux oreilles et une grande difficulté à la déglutition.

Les poumons sont en première période.

Elle est enceinte de cinq mois.

A l'examen on constate l'infiltration du larynx.

Vers la fin de décembre elle accouche d'un enfant qui meurt quelques instants après sa naissance.

Elle-même meurt huit jours après.

Observation II

M^{me} G..., 20 ans, secundipare.

Vient à la clinique le 6 juin 1903.

Il y a deux ans elle a fait une fausse-couche.

Un an après elle est atteinte de bacillose pulmonaire et quatre mois après commence sa grossesse actuelle.

Au quatrième mois de sa grossesse commence l'enrouement.

On constate, le 6 juin, une tuberculose diffuse du larynx.

Il ne nous a pas été possible d'avoir des renseignements sur le sort de cette femme.

Observation III

M^{lle} G..., 18 ans, primipare.

Vient à la consultation le 20 juin 1903.

Son père est mort tuberculeux.

La grossesse actuelle a débuté en novembre 1902.

L'enrouement a commencé au sixième mois de la grossesse.

On constate un peu d'infiltration des cordes et de la région inter-arythénoïdienne.

Les sommets paraissent indemnes.

Il nous a été dit que cette femme accoucha normalement d'un enfant bien portant.

Observation IV

M^{me} R..., 26 ans.

Vient à la consultation le 20 juin 1903.

Ses père, mère et frères sont bien portants.

En 1895, elle a eu ses premières hémoptysies.

Elle en est actuellement à sa quatrième grossesse.

Une première fois elle fit une fausse couche. Puis elle accoucha de deux enfants qui moururent en bas âge de méningite.

Au troisième mois de la dernière grossesse commencèrent les symptômes de tuberculose laryngée.

A l'examen on observe de l'infiltration et des ulcérations légères de la bande ventriculaire gauche et de la région inter-arythénoïdienne.

Cette femme revient à la clinique le 12 décembre 1903, après avoir accouché au huitième mois à la Maternité où elle était entrée deux mois avant. L'enfant est mort à neuf jours. Il pesait 2.300 grammes. Elle ignore comment il est mort.

Le larynx est le siège de lésions très graves, à forme diffuse. L'aphonie est presque complète et la malade est sujette à des crises d'étouffement.

Les poumons ne sont qu'à la première période.

La mort de cette femme nous a été confirmée ; nous n'avons pas été renseignés sur l'époque de la mort.

Observation V

M^{me} M..., 35 ans.

Vient à la clinique le 30 juin 1903.

Elle a deux enfants de 10 et 12 ans en bonne santé.

Il y a un an a commencé l'enrouement qui s'est considérablement aggravé depuis la troisième grossesse en cours.

On constate un gonflement de l'arythénoïde qui porte à sa face antérieure une végétation en forme de papillome oblitérant presque complètement le larynx.

Le sommet droit est en première période. Cette femme revient à la clinique le 2 février 1904. Elle a accouché spontanément à terme. Son larynx présente une infiltration de la région interarythénoïdienne, mais on ne constate pas d'aggravation manifeste.

Nous avons vu cette femme en décembre 1906. Son enrouement subsiste toujours, mais elle déclare sa santé très bonne et en a toutes les apparences. Elle attribue son amélioration à un assez long séjour qu'elle fait à la campagne après ses couches.

Nous avons en même temps constaté que l'enfant se portait très bien.

Observation VI

M^{me} H..., 22 ans.

Vient à la clinique le 12 novembre 1903

Elle a de bons antécédents familiaux.

Elle fit à 16 ans de la chloro-anémie et eut une fièvre typhoïde à 18 ans.

Les deux premières grossesses ont évolué sans enrouement. Les deux enfants sont bien portants. L'enrouement a débuté avec la grossesse actuelle.

Actuellement la voix est un peu rauque. La corde vocale gauche est infiltrée, surtout à son extrémité antérieure.

A l'auscultation on trouve à gauche et en avant une infiltration rude et saccadée.

Le 1^{er} décembre 1903, les lésions ont évolué et l'on aperçoit la corde gauche épaissie et bourgeonnante.

Observation VII

M^{me} M... vient à la consultation le 8 août 1905.

Depuis deux mois elle est soignée pour une laryngite bacillaire à la seconde période.

Elle a fait déjà trois fausses couches.

En 1902, un avortement à quatre mois et demi.

En 1903, un avortement à deux mois.

En 1904, un avortement à trois mois.

Les poumons sont atteints.

En 1904 elle est atteinte d'une forte grippe qui se termine par la laryngite actuelle. En ce moment, elle commence une quatrième grossesse.

Son état s'aggrave rapidement et l'on apprend par le mari que des vomissements continuels lui brûlent la gorge, que l'enrouement augmente, qu'elle ne peut même pas conserver un œuf à la coque. « Elle dépérit, dit-il, de jour en jour. »

Cette grossesse se termina en septembre par une fausse couche. La mère partit pour la campagne où elle se remit un peu. Mais dès son retour à Paris des accidents asphyxiques se déclarèrent. La trachéotomie fut pratiquée à Saint-Antoine où la malade mourut quelques jours après.

Observation VIII

M^{me} F..., 29 ans, vient à la Clinique le 31 mars 1906. Elle a été opérée par M. Castex en 1906 pour un papillome de la corde vocale droite.

La santé a toujours été bonne jusqu'à une grossesse récente. L'accouchement a été normal, mais dans les suites de couches l'enrouement est apparu.

Les sommets sont en première période.

On observe une bacillose très fongueuse des cordes vocales.

Jusqu'au sixième mois elle allaite son enfant sans inconvénient pour elle et pour lui.

A ce moment, l'enrouement augmente, la mère ressent une grande fatigue générale.

M. Castex fait cesser l'allaitement.

En décembre 1906 nous avons vu la mère et l'enfant. Chez celle-ci il subsistait toujours un peu d'enrouement, mais la santé était très bonne.

L'enfant, d'un développement précoce, se portait parfaitement bien.

Observation IX

Louise G..., 20 ans.

Père et mère bien portants.

A 15 ans : angine avec abcès ouvert spontanément.

A 17 ans, elle a sa première grossesse.

Elle accouche spontanément d'une fille qui meurt à 9 mois de convulsions.

La deuxième grossesse commence en mars 1903.

En avril, un mois environ après la cessation des règles, la malade s'aperçoit d'une difficulté à parler qui augmente peu à peu.

Bientôt elle est complètement aphone.

A ce moment la malade ne tousse pas, mais peu après surviennent la toux et l'expectoration. L'aphonie persiste.

En même temps se produisent l'amaigrissement, la perte d'appétit, les sueurs nocturnes.

Deux jours avant l'accouchement la malade a des étouffements surtout la nuit.

Elle accouche à la clinique Tarnier d'un garçon de 3 kg. 500. Bien portant.

Pendant les huit jours qui suivent l'accouchement la malade continue à avoir des étouffements et le 6 décembre on se décide à faire la trachéotomie.

La malade soulagée aussitôt passe à la maternité dans le service du Dr Charrin le 15 décembre. Elle porte encore sa canule qui lui est bientôt enlevée. La malade respire bien mais tousse et crache beaucoup.

Les sueurs nocturnes continuent ; il y a des vomissements alimentaires.

A l'auscultation on constate, au sommet droit, de la submatité, de gros râles humides et du souffle ; à gauche des craquements.

L'examen laryngoscopique fut fait à Lariboisière par M. Bal-denweck qui constate l'état avancé des lésions bacillaires.

La malade partit sur sa demande le 24 janvier.

L'enfant se développait normalement.

Observation X

Pauline C..., V pare.

Elle a eu une pleurésie en 1903.

Elle est au huitième mois de la grossesse, au début de laquelle auraient commencé les troubles pulmonaires et laryngés.

En novembre 1906 l'aphonie est absolue. La voix de la malade n'est qu'un murmure indistinct.

Les poumons sont en troisième période.

Le 21 novembre la femme, dont l'état est désespéré, accouche de deux jumelles qui ne vivent que quelques instants.

La mère meurt le lendemain.

A l'autopsie on observe la destruction complète des cordes vocales.

Observation XI

Marie B..., 46 ans. Elle en est à sa onzième grossesse.

Elle a mené jusqu'au terme neuf grossesses successives sans jamais faire la moindre maladie.

Huit enfants sont vivants et bien portants.

Un, le septième est mort du croup ; l'autre, le dixième, venu au monde au septième mois, est mort de convulsions à 1 an 1/2.

Ce dernier et celui dont elle est enceinte sont d'un père différent de celui des neuf premiers. Il est alcoolique.

Elle est, en ce moment, au septième mois de sa grossesse.

L'enrouement a commencé au troisième mois. Il a progressé rapidement. Puis est survenue la toux, l'aphonie et la dysphagie.

Le 2 mars 1907 nous avons fait l'examen laryngoscopique. L'endo-larynx était le siège d'une infiltration diffuse ; l'épiglotte présentait des ulcérations.

Les poumons étaient en deuxième période.

Observation XII (*Baudelocque* 1904, n° 227).

M^{me} D..., 27 ans. Blanchisseuse.

Elle en est à sa cinquième grossesse.

Le père est mort tuberculeux.

On constate un souffle aux deux sommets.

La laryngite a débuté il y a un an. L'aphonie est complète.

Les deux premiers enfants sont morts l'un de pneumonie à 18 mois ; l'autre de méningite tuberculeuse à 2 mois.

Les deux autres sont vivants.

L'accouchement actuel se fit normalement.

L'enfant, en bon état, pesait 3.170 grammes avec un placenta de 470 grammes.

La mère partit à l'infirmerie de la Maternité dix jours après l'accouchement.

Observation XIII

Eugénie C..., 19 ans.

Père mort de laryngite tuberculeuse et de granulie.

Il y a trois ans, laryngite. Aphonie.

Le sommet droit est suspect.

Elle accouche le 8 avril 1904 d'un enfant de 3.250 grammes.

Il part en nourrice en bon état.

Lés suites de couches sont normales et la mère sort huit jours après l'accouchement dans un état satisfaisant.

Observation XIV

Albertine V..., 26 ans, primipare.

Entrée le 29 novembre 1904.

Père mort de tuberculose pulmonaire.

Elle tousse depuis deux ans et a eu trois hémoptysies.

La laryngite a débuté avec la grossesse. Il existe de l'aphonie.

On entend des râles humides aux deux sommets et un bruit de pot fêlé à gauche.

Elle accouche à terme d'une fille de bonne constitution pesant 2.600 grammes.

La mère accouchée à 8 heures du matin meurt à 3 h. 30 après une perte de connaissance de trois heures.

Nous avons fait entrer les trois dernières observations dans le cadre de notre sujet bien que l'examen laryngoscopique qui n'a pas été fait, n'ait pas confirmé la nature bacillaire de la laryngite. Nous ne doutons pas, en effet, qu'il s'agissait là de localisation tuberculeuse, et notre conviction s'appuie sur l'autorité du professeur Dieulafoy. « Je pense, dit-il, que la plupart des laryngites, dites catarrhales, survenant chez des tuberculeux ou au début de la tuberculose pulmonaire

sont des laryngites tuberculeuses... Donc, une laryngite d'apparence catarrhale, chez un individu qui a eu des hémoptysies, une pleurésie, et à plus forte raison chez un sujet qui a des lésions tuberculeuses pulmonaires, cette laryngite, même avec son apparence bénigne, est une laryngite tuberculeuse ; *elle pourra guérir, elle pourra n'aboutir que rarement aux autres formes, à la phthisie laryngée, mais je la considère comme une manifestation tuberculeuse.*

Si nous énumérons dans leur ensemble les faits constatés dans nos quatorze observations nous arrivons au résultat suivant :

Nous avons cinq primipares ; deux secondipares ; deux femmes à leur troisième grossesse ; deux à la quatrième ; deux à la cinquième ; une à la onzième.

Une seule fois, des lésions pulmonaires n'ont pas été constatées.

Des antécédents héréditaires ont été notés quatre fois ; trois fois il n'y a pas eu chez les ascendants d'infection bacillaire ; sept fois nous n'avons pas été renseignés.

La tuberculose laryngée s'est installée :

Quatre fois au début de la grossesse ;

Une fois au troisième mois ;

Deux fois au cinquième mois ;

Une fois après l'accouchement ;

Quatre fois avant la grossesse.

L'accouchement a eu lieu spontanément neuf fois :

Six fois à terme ou près du terme ;

Une fois au neuvième mois ;

Trois fois au huitième ;

Une fois l'avortement se fit au deuxième mois ;

Deux fois les renseignements manquaient ;

Une fois l'accouchement n'avait pas encore eu lieu.

Cinq mères sont mortes :

L'une huit jours après l'accouchement ; une quelques heures après ; une le lendemain ; une quelques semaines après. Nous n'avons pas été fixés sur la mort de la dernière.

Sept mères ont survécu.

Deux fois nous n'avons pas eu de renseignements ;

Une femme n'avait pas encore accouché.

Les enfants sont morts dans quatre cas :

L'un quelques instants après sa naissance ; l'un huit jours après ; dans un cas il y eut avortement ; dans un cas deux jumeaux succombèrent quelques minutes après leur naissance.

Deux fois, le sort des enfants nous fut inconnu.

Une fois, la femme n'avait pas encore accouché.

CHAPITRE IV

Quelles réflexions va nous suggérer l'étude de ces observations ?

Il est bien évident que la grossesse accentue la gravité du pronostic, déjà sévère, de la tuberculose du larynx.

La date d'apparition de la localisation laryngée ne semble pas avoir d'influence sur la rapidité de l'évolution et nous n'avons pas remarqué que les lésions antérieures à la grossesse subissent une particulière aggravation.

Dans les cinq cas de mort que nous avons, la bacillose laryngée avait débuté deux fois avant la grossesse ; dans les trois autres elle avait commencé avec elle, ou s'était installée dans les premiers mois.

Au point de vue des antécédents laryngés l'observation VIII semblerait plaider en faveur d'une opinion déjà émise : à savoir que des lésions laryngées pré-existantes favoriseraient la localisation bacillaire.

Dans ce cas, en effet, la malade avait eu, cinq ans

auparavant, un papillome de la corde vocale. Or la lésion tuberculeuse qui s'établit après l'accouchement consistait justement en fongosités localisées aux cordes vocales.

Généralement, cependant, la tuberculose du larynx s'installe à la faveur d'un rhume, d'un refroidissement sans qu'il existe dans l'organe vocal un lieu de moindre résistance.

Dans nos observations, six fois les lésions pulmonaires sont manifestement antérieures à la grossesse.

Trois fois les symptômes pulmonaires furent contemporains des troubles laryngés.

Bien plus, dans l'observation IX l'enrouement et l'aphonie précèdent la toux et l'expectoration.

Dans l'observation X, les symptômes pulmonaires et laryngés apparaissent au même moment.

Cependant, dans ce dernier cas, l'existence d'une pleurésie antérieure doit nous faire soupçonner une tuberculose pulmonaire probable.

Dans l'observation XI nous constatons aussi l'apparition simultanée des troubles laryngés et pulmonaires au quatrième mois de la grossesse.

En outre, l'observation X nous montre une évolution particulièrement rapide des lésions pulmonaires et laryngées. La malade a fait une pleurésie trois ans auparavant, mais n'a jamais présenté depuis des troubles pulmonaires. Avec la grossesse apparaissent à la fois la toux et l'enrouement. Au huitième mois l'aphonie est complète. Tout le poumon gauche est infiltré, des cavernes existent aux deux sommets. La malade, au

dernier degré de la phthisie, accouche de deux jumeaux qui meurent aussitôt et meurt le lendemain.

Une seule observation ne permet pas de tirer des conclusions générales. Cependant est-il impossible de supposer que le surmenage de l'organisme maternel dû à la double gestation n'est pas étranger à l'éclosion soudaine des deux formes les plus graves de la tuberculose et à leur rapide évolution.

Quant au degré des lésions pulmonaires, il ne semble pas qu'il ait, au point de vue du pronostic de l'évolution laryngée, une importance aussi grande qu'on l'a dit.

Parmi les femmes mortes, en effet, deux portaient des cavernes. Chez deux autres la lésion en était seulement à la première période. Chez la cinquième, le degré n'a pas été signalé.

Parmi les femmes qui survécurent, chez l'une on n'a pas trouvé de lésions pulmonaires. Chez trois malades, les poumons étaient en première période. Une autre présentait des craquements et des râles humides. Chez l'une enfin, il existait des cavernes.

Cette indépendance de la laryngite tuberculeuse à l'égard du degré de l'infection pulmonaire, si elle s'appuyait sur plusieurs cas, serait une nouvelle preuve de l'action particulièrement maligne de la grossesse sur la bacillose du larynx.

En effet, hors l'état de gestation, la tuberculose laryngée emprunte, jusqu'à un certain point, sa gravité au degré des lésions pulmonaires. Et même il n'est pas rare de voir mourir des poumons un tuberculeux guéri de son larynx.

Au contraire, dans la grossesse, on observe fréquemment des femmes dont le poumon est faiblement touché arriver rapidement au dénouement fatal et, à ce point de vue, la statistique de Küttner est édifiante. Sur quinze femmes qui moururent, douze fois les lésions pulmonaires étaient à peine perceptibles.

Nous avons déjà dit que la primiparité ne nous semblait pas favoriser la localisation bacillaire. Au contraire, il ne semble pas impossible que des grossesses répétées chez une tuberculeuse aient quelque influence sur l'infection du larynx.

La femme de l'observation VII eut trois fausses couches et chez elle le début de la tuberculose laryngée se fit entre la troisième fausse couche et la quatrième grossesse. Donc cette localisation qui eut lieu à une époque de non-gestation doit être rapportée non pas à la grossesse mais à l'état de déchéance dû aux fatigues répétées de trois grossesses successives qui n'évoluèrent pas jusqu'au terme, mais n'en furent pas moins déprimantes pour un organisme infecté.

La femme de l'observation XII a eu quatre grossesses. Deux enfants sont morts, l'un de pneumonie, l'autre de méningite. Les autres sont vivants. La laryngite a débuté plusieurs mois avant la cinquième grossesse.

Pour ces deux cas on peut donc supposer que la bacillose du larynx a pu se développer sur un terrain déprimé par les précédentes grossesses. Cependant, il n'est pas certain que cette localisation ne se fût pas produite si ces mêmes femmes avaient été nullipares.

Il n'en est pas de même quand la tuberculose laryn-

gée s'installe après l'accouchement, pendant les suites de couches.

Dans l'observation VIII, par exemple, la femme mène normalement sa grossesse à terme. Après l'accouchement l'enrouement apparaît.

La femme allaite et l'enrouement augmente. Ici la relation de cause à effet est manifeste. La tuberculose laryngée est née à la faveur des suites de couches et s'est aggravée par les fatigues de l'allaitement.

Les tuberculoses pré-existantes à la grossesse ne sont pas toujours aggravées par celle-ci. Chez la femme de l'observation V il y a eu un changement dans la forme des lésions, mais la laryngite n'en a pas été précisément aggravée.

Cependant, il est beaucoup plus fréquent d'assister à une évolution rapidement maligne des lésions ; c'est ainsi que dans l'observation VII nous voyons la laryngite bacillaire devenir dès le début de la grossesse, la cause d'accidents graves et nécessiter, après l'avortement spontané, la trachéotomie qui ne peuvent sauver la malade.

A propos de la question du terme de la grossesse nous avons vu que dans les statistiques allemandes la gestation arrivait le plus souvent à terme ou à une date assez avancée et que les accouchements très prématurés et les avortements étaient assez rares.

Pour notre part nous avons sept accouchements à terme ou près du terme ; trois au huitième mois et un avortement au deuxième mois.

Nous admettons donc ce fait qui pèsera d'un grand

poids dans la discussion thérapeutique, que généralement la femme atteinte de tuberculose laryngée est capable de mener sa grossesse à terme ou du moins jusqu'à une époque assez avancée pour garantir au produit de conception un développement intra-utérin qui lui assure une vitalité suffisante.

Des sept femmes qui accouchèrent à terme, six survécurent à l'accouchement.

Des cinq femmes qui succombèrent, une accoucha à terme ; trois au huitième mois ; une fois il y eut avortement au deuxième mois. Ces remarques nous seront utiles quand nous discuterons l'efficacité de l'avortement ou de l'accouchement prématuré provoqués.

Dans les cinq cas de mort de la mère, quatre fois (avortement compris) l'enfant mourut aussi. Au contraire, dans les six cas où l'enfant est bien portant, l'état de la mère est relativement satisfaisant ou du moins n'inspire pas de pressantes inquiétudes. Cette dernière constatation pourrait être faite aussi dans la statistique de E. Félix où dans tous les cas, sauf un, à chaque mère vivante correspond un enfant bien portant. En revanche, dans la même statistique, nous trouvons que, sur 23 enfants vivants, 17 étaient nés de mères qui succombèrent ensuite.

A quelle époque survient la mort ? Dans les cas de Kuttner la mort survint immédiatement après l'accouchement ou quelques jours après. Dans l'ensemble des cas relevés par E. Félix, les femmes meurent bientôt après l'accouchement.

Dans nos observations, sur cinq cas de mort, une

fois la femme est morte quelques heures après l'accouchement ; une fois le lendemain ; une fois huit jours après ; deux fois au bout de quelques semaines.

Tous les examens de larynx qui furent faits au cours de la grossesse montrèrent toujours des lésions en deuxième période. Cette apparente unité est très explicable.

Dans la clientèle d'hôpital, en effet, les femmes ne se décident à venir à la consultation que lorsque les symptômes laryngés deviennent une cause de gêne ou de douleur. Or, à la première période, si les caractères objectifs sont parfois délicats à mettre en évidence, les signes fonctionnels sont eux aussi très légers, parfois même absents et, dans la plupart des cas, n'entraînent ni gêne ni douleur pour la malade qui ne s'inquiète guère.

Au contraire, à la phase d'infiltration et d'ulcérations, la toux est pénible, les troubles vocaux très accusés, l'aphonie souvent complète.

On court alors se faire examiner. C'est ainsi que dans les sept examens de nos malades qui furent faits pendant la grossesse, tous les larynx étaient infiltrés.

Une fois, il s'agissait d'une infiltration diffuse. Dans les autres cas elle se localisait aux cordes vocales, à la région inter-arythénoïdienne ou au deux ensemble.

Il ne nous a pas été possible, dans tous les cas, de savoir dans quelles circonstances est arrivé le terme fatal et dans quelle mesure les lésions laryngées ont provoqué ou précipité la fin.

Dans l'observation VII, la mort de la femme doit

bien être rapportée à l'asphyxie due à l'œdème laryngé ou à la péri-chondrite qui ont nécessité la trachéotomie.

Dans l'observation X on ne signale pas d'accidents asphyxiques et la phtisie pulmonaire a dû suffire à emporter la malade.

Quel a été le sort des enfants ?

Sur les onze cas qui nous ont été connus : une fois l'avortement se fit au deuxième mois ; deux fois les enfants moururent quelques instants après leur naissance. Dans l'un des cas c'étaient deux jumeaux. Une fois l'enfant succomba au huitième jour.

Nous comptons sept enfants vivants :

Celui de l'observation V a été vu par nous. Il est âgé de trois ans ; sa santé a toujours été bonne.

Nous avons vu aussi l'enfant de l'observation VIII. Il a un an, n'a pas été malade et se développe bien. Sa taille et son poids sont au-dessus de la moyenne. Il a été élevé au sein maternel jusqu'à six mois. On a fait ensuite l'allaitement artificiel.

Dans l'observation XII, il s'agissait d'une fille portée sur le registre de la clinique Baudelocque comme en bon état. Elle pesait 3.470 grammes avec un placenta de 470.

Dans l'observation XIII, l'enfant pèse 3.250 grammes. Il part en nourrice en bon état.

Dans l'observation XIV, l'enfant ne pèse que 2.600 grammes, mais est bien constitué.

Dans l'observation IX, il s'agit d'un garçon de 3.250 grammes qui se développe normalement.

Tous ces enfants étaient nés à terme ou près du terme.

Nous avons vu que dans la statistique des observations allemandes les enfants étaient morts dans 28 cas. Les vivants étaient au nombre de 23. Dans 28 cas mention n'en fut pas faite.

Notre relevé, bien plus restreint assurément, aboutit à des constatations moins défavorables puisque sur 11 cas, 7 fois les enfants vécurent. Bien plus, leur développement était normal et leur santé bonne.

Il nous reste à envisager les effets de l'allaitement.

Une seule observation (VIII) nous renseigne à ce sujet : La femme allaitait son enfant sans inconvénient pour elle et pour lui dans les débuts. Mais bientôt des signes de fatigue profonde, une aggravation des symptômes laryngés exigèrent la cessation de l'allaitement.

Aussitôt l'amélioration de l'état de la mère fut manifeste.

Nous considérons donc l'allaitement comme un facteur de gravité. A ce sujet, Bouchard estime que le milieu sucré créé par l'abondance du lactose dans le sang aide puissamment à la pullulation microbienne et il invoque à l'appui de ce fait d'observation la fréquence de la tuberculose chez la vache laitière en apposition avec sa rareté chez le bœuf.

En résumé quelles conclusions tirerons-nous de l'étude de ces quatorze observations ?

Avec les auteurs allemands nous pensons que la grossesse peut faciliter le développement du bacille de

Koch chez une femme qui n'aurait pas eu avant la conception aucune atteinte de tuberculose.

La grossesse, généralement, accélère la marche de l'affection chez une malade déjà atteinte.

Le plus souvent, l'infection tuberculeuse du poumon précède d'assez loin la localisation laryngée, mais il n'est pas rare de voir apparaître en même temps les accidents laryngés et pulmonaires.

Au contraire, il est très rare de voir évoluer la bacillose du larynx sans participation du poumon. En effet, à l'opposé des cas de Küttner où les poumons étaient indemnes ou à peine envahis nous avons eu affaire, toutes les fois sauf une, à des malades dont les poumons étaient plus ou moins touchés.

Au sujet de l'influence de la tuberculose laryngée sur la grossesse nous ne partageons pas l'opinion de certains auteurs, comme Przedborski, qui prétendent que les femmes atteignent rarement le terme de la gestation. Il n'est pas rare, il est vrai, que celle-ci s'arrête au huitième ou dans le cours du neuvième mois, mais il est plus fréquent de la voir évoluer jusqu'au bout, comme il ressort de la statistique de Félix et de la nôtre.

On observe quelquefois des avortements et ces interruptions précoces de la grossesse ont été attribuées à différentes causes : sursaturation du sang par l'acide carbonique retenu en excès par suite de la sténose laryngée, d'où excitation des centres médullaires qui président aux contractions utérines ; toxémie tuberculeuse ; tuberculose du placenta, etc...

La tuberculose laryngée s'installe le plus souvent au début de la grossesse ou dans les premiers mois.

Le plus souvent les femmes succombent après l'accouchement et pendant les suites de couches.

Le pronostic pour les mères est très grave. Cependant la proportion de la mortalité maternelle que les auteurs allemands portent à 90 0/0 nous paraît exagérée.

Nous pensons aussi que la mortalité infantile n'atteint pas 60 0/0.

Il n'en reste pas moins certain que la situation des femmes enceintes atteintes de bacillose laryngée est critique.

En face du problème de deux existences, ayant le choix parmi les mesures thérapeutiques que nous avons exposées plus haut, à laquelle aurons-nous recours ?

Cette discussion va faire l'objet de la troisième partie de notre travail.

TROISIEME PARTIE

CHAPITRE V

Le traitement général rendra souvent de grands services en fortifiant le terrain. »

Les formes laryngées de la tuberculose, dit notre maître Castex, sont favorablement influencées par la cure de campagne. » Nous en avons un exemple dans l'observation V. La femme après un séjour à la campagne se rétrouva en bonne santé.

Le traitement médical devra toujours être institué. Il sera souvent efficace si les lésions sont légères. Si elles diffusent nous pensons avec Küttner qu'il sera prudent de faire la trachéotomie sans attendre l'établissement d'une sténose du larynx.

Nous avons déjà parlé d'un moyen héroïque contre la tuberculose laryngée de la femme enceinte : l'interruption de la grossesse. C'est la thérapeutique de choix

employée en Allemagne, Autriche, Italie et Amérique.

Nous avons dit dans quelles conditions les auteurs étrangers recommandaient l'avortement provoqué.

Pour légitimer l'interruption de la grossesse les interventionnistes partent de ce principe énoncé par Kammerer au Congrès de médecine interne de Berlin de 1901 : Le médecin a le droit de pratiquer l'avortement toutes les fois que la grossesse a sur la maladie de la mère une influence aggravante.

A ce sujet, Küttner soutient la légitimité de l'avortement contre la loi catholique qui, par un décret pontifical du 24 juillet 1894, interdit de provoquer l'avortement même pour les cas où il serait la seule chance de salut pour la mère. C'est dans cet esprit que dans les Facultés catholiques d'Allemagne il est défendu d'enseigner toute opération ayant pour objet de tuer le fœtus.

Küttner fait ressortir, que tout en respectant les convictions d'autrui, on ne peut légitimement demander à un être vivant de se sacrifier, pour le salut d'un autre être, d'existence encore incertaine.

Avec l'auteur allemand nous pensons que la vie de la mère passe avant celle de l'enfant et nous ne nous arrêterons pas à la discussion du point de vue catholique qui est au moins inhumain. Il serait donc logique d'interrompre la grossesse dès qu'elle produit ou aggrave une maladie de la mère ? Oui, certainement, si la suppression de l'état de grossesse devait supprimer le mal engendré ou aggravé par ce même état.

Si l'intervention devait assurer le salut de la mère, nous ferions bon marché de la vie de l'enfant.

En est-il jamais ainsi ?

Les Allemands disent oui et n'hésitent pas à attribuer à l'avortement provoqué une heureuse influence dans l'évolution des lésions laryngées.

Nous pensons que le nombre d'avortements provoqués est encore trop restreint pour en dégager une conclusion solide.

De plus, l'amélioration d'une tuberculose du larynx et son évolution favorable peuvent être consécutives à l'avortement sans, pour cela, lui être redevables.

Est-il certain qu'une laryngite bacillaire évoluant sans accidents après un avortement provoqué, n'eût pas eu les mêmes suites favorables au cours de la grossesse ?

Malgré l'opinion des auteurs étrangers, nous pensons que les paroles du D^r Pinard au Congrès de Rome n'ont pas encore été démenties :

« Existe-t-il un fait qui démontre d'une façon nette que l'expulsion prématurée du produit de conception ait retardé l'évolution de la maladie et la terminaison fatale ? Je n'en connais pas. »

C'est là, en effet, le point capital.

Au contraire, à la question : existe-t-il des faits dans lesquels l'expulsion prématurée n'a pas empêché l'évolution rapide des lésions on peut répondre résolument par l'affirmative.

Les cas sont déjà nombreux où l'intervention obstétricale n'a pas été plus efficace que la thérapeutique locale.

A la Société berlinoise de laryngologie, Meyer rap-

porte l'observation d'une femme chez laquelle, malgré l'avortement artificiel, la tuberculose n'a pu être enrayée.

Alexandre cite un cas analogue.

Sokolowsky rapporte le cas de deux patientes qui moururent bientôt après l'avortement provoqué. Les progrès de la maladie ne purent être arrêtés.

Meyer mentionne un cas où l'accouchement prématuré artificiel par l'opération césarienne n'a pas amené une amélioration de la tuberculose laryngée.

Alexander rapporte un cas où, après l'avortement provoqué, l'état de la malade s'est considérablement aggravé.

Ce sont là des cas d'interruption artificielle de la grossesse ; mais l'avortement spontané lui-même qui a lieu quelquefois dans la tuberculose du larynx, nous fournit des arguments contre l'efficacité de l'interruption.

En effet, dans les cas où l'avortement se produit spontanément nous ne voyons pas que les femmes ainsi débarrassées par la nature au cours de la gestation en retirent aucun avantage.

C'est ainsi que la femme de l'observation VII avorta au deuxième mois, c'est-à-dire dans les meilleures conditions de temps et n'en mourut pas moins quelques semaines après.

On peut encore opposer aux interventionnistes que les cas de tuberculose laryngée compatibles avec une bonne santé ne sont pas exceptionnels :

A la Société de laryngologie de Londres Ch. Parker

rapporte le cas d'une femme atteinte de tuberculose pulmonaire au cours de sa cinquième grossesse. Dans la suite le larynx fut pris (œdèmes, ulcérations). La malade fut traitée par la créosote et l'acide lactique. Les lésions s'améliorèrent du côté du poumon et du larynx et la femme devint enceinte quatre fois depuis.

Dans nos observations, sur onze accouchements, cinq fois l'état de la mère est plus ou moins satisfaisant et nous comptons sept enfants bien portants. Il est douteux que l'avortement provoqué eût beaucoup abaissé la mortalité maternelle et sept existences auraient été à coup sûr supprimées.

Et à ce sujet nous ne pouvons souscrire à la condamnation des enfants issus de tuberculeuses.

Quelques interventionnistes, en effet, donnent cette raison qu'il importe peu de supprimer une mauvaise graine qui n'aboutira à l'éclosion que pour disparaître aussitôt ; dont l'existence, en cas de survie, sera précaire et vouée à toutes les déchéances.

Nous ne pensons pas que la descendance de tuberculeux soit fatalement mauvaise, ou du moins nous lui accordons une vitalité suffisante pour réagir à l'infection pourvu que le milieu où elle se développe lui soit favorable.

« Tout enfant se développant dans l'utérus d'une femme enceinte tuberculeuse, dit Pinard, n'est pas fatalement tuberculeux, loin de là, heureusement ».

L'hérédité, au contraire de ce qu'on avait cru, est exceptionnelle. L'enfant ne naît pas tuberculeux. S'il le devient, c'est plus tard par voie de contagion.

« Qu'on dise que l'enfant, sans naître tuberculeux, présente le terrain favorable à l'invasion de la tuberculose, cette assertion ne signifie pas grand'chose. Un terrain se modifie soit en bien, soit en mal. Un enfant bien portant et né de parents sains peut devenir tuberculeux à la suite d'une mauvaise hygiène et d'affections débilitantes, de même qu'un enfant né de parents tuberculeux, mais élevé dans de bonnes conditions hygiéniques a toutes chances de prospérer et de vivre. » Budin.

Pinard cite le cas d'une femme accouchée dans son service pour la neuvième fois. Les neufs enfants allaités par elle étaient vivants et bien portants. Or, la mère de cette femme était morte tuberculeuse à 40 ans et sa grand'mère était morte tuberculeuse à 34 ans. « Une de mes clientes, ajoute-t-il, vient d'accoucher de son sixième enfant ; les cinq autres sont vivants et bien portants. Or, ses deux sœurs aînées sont mortes célibataires et tuberculeuses. »

Nous venons d'exposer les principaux arguments qui nous font repousser l'avortement provoqué. Ils se fondent sur l'impuissance de celui-ci à sauver la mère ; ce sont des arguments de fait, à forme scientifique. Il en est d'autres, qui ne sont pas négligeables, tirés du point de vue social.

Le professeur Pinard, au Congrès de Rome, s'élevait énergiquement contre l'interruption de la grossesse dans la tuberculose quelles que soient ses localisations.

« J'ai protesté, disait-il, et je proteste encore contre

cette manière de faire, d'autant que je vois apparaître les conséquences extrêmes de cette doctrine. N'a-t-on pas proposé la ligature des trompes pour produire la stérilité des femmes chez lesquelles on a fait le diagnostic de tuberculose pulmonaire. »

De plus, il est à prévoir que la pratique médicale de l'interruption de la grossesse serait l'excuse souvent invoquée pour couvrir des avortements criminels.

« Ceux-ci échapperaient à la loi dans les cas de diagnostic délicat, puisqu'ils auraient pour excuse d'avoir été pratiqués pour sauver la vie de la mère. »

Pour toutes ces raisons, nous repoussons l'avortement et l'accouchement prématuré provoqué chez une femme enceinte atteinte de tuberculose du larynx.

Le médecin luttera donc avec le secours de la thérapeutique médicale. La trachéotomie rendra parfois d'utiles services. Mais il est une mesure qu'il est souhaitable de voir se généraliser. C'est l'examen systématique du larynx des femmes enceintes tuberculeuses, et l'interrogatoire, au sujet d'une grossesse possible, de toutes les femmes en traitement pour une laryngite bacillaire. Le mal précocement dépisté serait, sans doute, moins inaccessible à la thérapeutique.

Malheureusement, les malades se présentent généralement avec des lésions déjà anciennes.

Au point de vue prophylactique nous déconseillons la grossesse dans tous les cas de tuberculose laryngée.

Nous la déconseillons dans les cas de tuberculose pulmonaire quand le larynx est ou a été le siège de lésions quelconques.

Nous pensons que si dans la tuberculose pulmonaire l'interdiction de la maternité est une mesure prudente, elle devient, dans le cas de localisation laryngée, une mesure nécessaire.

A cette fin, on a proposé d'interdire chez les femmes mariées les rapports conjugaux.

Nous ne croyons pas à l'efficacité de cette défense. Le plus souvent méconnue, elle est ici particulièrement illusoire en raison du psychisme génital particulier aux tuberculeux.

Sous aucun prétexte, les mères ne devront allaiter.

Enfin, on devra soustraire l'enfant au foyer de contagion familiale et, si c'est possible, l'élever à la campagne.

CONCLUSIONS

I. — L'influence exercée par la grossesse sur la tuberculose du larynx est évidente.

Elle est très souvent néfaste.

II. — L'influence de la tuberculose du larynx sur la grossesse se ramène à de rares avortements et à des accouchements prématurés assez fréquents.

Le plus souvent, la grossesse arrive à terme, sans accidents.

III. — Presque toujours la tuberculose laryngée chez la femme enceinte s'accompagne de tuberculose pulmonaire.

IV. — Le début de la localisation laryngée se fait le plus souvent au commencement de la grossesse ou dans les premiers mois.

V. — Quand la tuberculose du larynx est antérieure à la grossesse, généralement mais pas toujours elle subit une aggravation du fait de la gestation.

VI. — Les femmes succombent ordinairement pendant les suites de couches.

VII. — La mortalité infantile est élevée. Notre statistique donne 36 0/0, inférieure cependant à la statistique allemande qui donne 55 0/0.

VIII. — Dans nos observations, les enfants vivants présentaient une vitalité et un développement normaux.

IX. — L'avortement provoqué ne paraît pas avoir d'influence utile contre les lésions laryngées qui n'évoluent pas moins rapidement dans beaucoup de cas.

L'accouchement prématuré provoqué précipite l'évolution des lésions.

X. — L'avortement supprime un individu, souvent capable de vivre, sans profit pour un autre, souvent condamné à bref délai.

XI. — Le traitement général et local ; la trachéotomie dans certains cas doivent être seulement employés.

XII. — On doit interdire l'allaitement et déconseiller la grossesse.

Vu : le Président de la thèse
PINARD

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- H. GODSEKEN. — Die Kehlkopftuberculose während der Schwangerschaft und Geburt. *Archiv. für laryngologie*, 1903. XIV.
- L. PRZEDBORSKY. — Die Kehlkopfkrankheiten während der Schwangerschaft. *Archiv. für laryngologie*, 1900. XI.
- KUTTNER. — Larynxtuberculose und Gravidität. *Archiv. für Laryngologie*, 1902. XII.
- LOEHNBERG. — Die Kehlkopfichwindfucht der Schwangeren. *Münicheren med. Wochenschrift*, 1903.
- A. LEWY. — Ein Beitrag zu den Beziehungen Zwischen Larynxtuberculose und Gravidität. *Archiv. für laryngologie*, 1904.
- MALSARY. — *American Journal of obstetric*, 1905.
- PINARD. — IV^e Congrès international d'obstétrique et de gynécologie. Rome 1902. *Annales de Gynécologie*, Leçon d'ouverture du 14 mars 1902.
- SCHAUTA. — *Semaine médicale*, 1902, p. 319.
- BONNAIRE. — De l'influence de la puerpéralité sur la tuberculose. *Presse médicale*, 1905, p. 639.
- BAYER. — *Revue de Laryngologie*, 1890.
- E. MOURE. — De l'influence de l'ovariotomie sur la voix de la femme. *Revue de Laryngologie*, 1894, p. 486.

A. CASTEX. — Maladie du larynx, du nez et des oreilles,
p. 111.

— *Bulletin de la Société de laryngologie*, 1896, p. 249.

SOKOLOWSKY. — Berliner Klin. Wochenschrift, 1904. *Archives
internationales de laryngologie*, 1905.

CHARRIN ET DEHÉRAIN. — Congrès de la tuberculose, 1905.

NEUMAYER ET AMAN. — Société médicale de Munich. *Presse
médicale*, 1906, novembre.

BUDIN. — La grossesse et la tuberculose. Leçon d'ouverture,
novembre 1905. *Journal des Praticiens*.

QUEIREL. — Leçons de clinique obstétricale (préface du
professeur Pinard).

FAIVRE-THOMAS. — Tuberculose et Puerpéralité. *Thèse de
Paris*, 1904-05.

L. RÉNON. — La tuberculose pulmonaire et la grossesse. —
Conférence faite à la Pitié le 26 janvier 1906. *Jour-
nal des Praticiens*, 1906. Février.